



Formulario para la Reducción de Pagos

Programa de Visitas Familiares

NOMBRE: _____

APELLIDO: _____

Firmando este formulario, usted entiende que debe aportar pruebas verdaderas y exactas de sus ingresos. El Programa de Visitas Familiares puede pedir también documentación adicional para verificar la información dada en este formulario.

FIRMA: _____

FECHA: _____

USTED DEBE PRESENTAR CON EL FORMULARIO: El formulario para la reducción de pago no será procesado hasta que todos los documentos solicitados sean entregados:

Talón de pago de las últimas 6 semanas de todos los miembros de la familia

Copia de la carta de adjudicación o de los cheques de desempleo/ discapacidad/ cupones para alimentos / otros.

Si usted no tiene ningún salario/ayuda, deberá entregar una declaración escrita en el espacio destinado para ello, describiendo su situación financiera y una copia del extracto bancario más reciente de todos los miembros de la familia.

Si usted es un trabajador por cuenta propia, deberá suministrar copia de su más reciente formulario 1099 ADEMÁS la más reciente declaración de impuestos de todos los miembros de la familia que sean trabajadores por cuenta propia.

Información Familiar

SITUACIÓN FAMILIAR:

Soltera(o)

Casada(o)

Separada(o)

Divorciada(o)

Vive en pareja

Otra: _____

ENUMERE TODAS LAS PERSONAS DE LA FAMILIA INDEPENDIENTEMENTE DE EDAD O RELACIÓN:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Información de Empleo- **Trabajo #1**- Incluyendo pagos en efectivo (niñera, limpieza, jardinería, etc)

**MARQUE LA QUE
CORRESPONDA:**

DESEMPLEADO(A)

POR CUENTA PROPIA

EMPLEADOR: _____ OCUPACIÓN: _____

PUESTO DE TRABAJO: _____ SALARIO POR HORA: \$ _____ HORAS A LA SEMANA: _____

PROPINAS (PROMEDIO SEMANAL) \$ _____ Ó SALARIO ANUAL: \$ _____

Información de Empleo- **Trabajo #2**- Incluyendo pagos en efectivo (niñera, limpieza, jardinería, etc)

**MARQUE LA QUE
CORRESPONDA:**

DESEMPLEADO(A)

POR CUENTA PROPIA

EMPLEADOR: _____ OCUPACIÓN: _____

PUESTO DE TRABAJO: _____ SALARIO POR HORA: \$ _____ HORAS A LA SEMANA: _____

PROPINAS (PROMEDIO SEMANAL) \$ _____ Ó SALARIO ANUAL: \$ _____

Sin Ingresos- Complete esta sección solo si usted no tiene ninguna fuente de ingresos

FECHA DE ULTIMO EMPLEO : _____ ULTIMO SALARIO/HORAS: \$ _____

Tiene usted trabajo? Si No Está buscando trabajo? Si No

**POR FAVOR DESCRIBA SU
SITUACIÓN FINANCIERA:**

Esposa(o)/Pareja- Omita esta sección si usted no vive con su esposa(o) o pareja

**MARQUE LA QUE
CORRESPONDA**

PAREJA DESEMPLEADA(O)

PAREJA TRABAJA POR CUENTA PROPIA

EMPLEADOR DEL ESPOSO(A)/COMPAÑERO(A): _____

OCUPACIÓN DEL ESPOSO(A)/COMPAÑERO(A): _____

PUESTO DE TRABAJO: _____ SALARIO POR HORA: \$ _____ HORAS A LA SEMANA: _____

PROPINAS (PROMEDIO SEMANAL) \$ _____ Ó SALARIO ANUAL: \$ _____

Fuente de Ingresos Actual en el Hogar- Enumere la suma total de dinero que recibe cada mes (antes de impuestos) por todas las personas del hogar de las siguientes fuentes

FUNTE DE INGRESOS/CANTIDAD POR MES	FUNTE DE INGRESOS/CANTIDAD POR MES
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): \$ _____	Discapacidad Seguridad Social (SSDI) : \$ _____
Jubilación Seguridad Social (SSA) : \$ _____	SNAP/Cupones para Alimentos: \$ _____
Subsidio para Alquiler: \$ _____	TANF/Primer Trabajo: \$ _____
Manutención Infantil: \$ _____	Desempleo: \$ _____
Regalos en Dinero de Familiares: \$ _____	Bonos: \$ _____
Ingresos por Inversiones: \$ _____	Otros: \$ _____

Por favor solo use el espacio de abajo para enumerar información que no pueda poner en los espacios de arriba

Información de Empleo- Trabajo #3- Incluyendo pagos en efectivo (niñera, limpieza, jardinería, etc)

MARQUE LA QUE CORRESPONDA:	DESEMPLEADO(A)	POR CUENTA PROPIA
EMPLEADOR: _____		OCUPACIÓN: _____
PUESTO DE TRABAJO: _____	SALARIO POR HORA: \$ _____	HORAS A LA SEMANA: _____
PROPINAS (PROMEDIO SEMANAL) \$ _____		Ó SALARIO ANUAL: \$ _____

Personas Adicionales en el Hogar:

Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____	Relación: _____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____	Relación: _____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____	Relación: _____

SOLO PARA USO DEL PERSONAL/FOR STAFF USE ONLY:

TOTAL HOUSEHOLD INCOME = \$ _____	TOTAL HOUSEHOLD SIZE = _____
Qualifies for Fee Reduction?	FEE PER VISIT/EXCHANGE = \$ _____
Yes	
No	

Program Director Signature: _____ **Date:** _____